Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

POLICY DIALOGUE NO.5

Pharmacare in Canada

Queen's University
Kingston, Ontario

SEPTEMBER 5, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Chair:

Keith Banting,
Director, School of Policy Studies, Queen's University

Participants:

Jim Blackburn,
University of Saskatchewan. Executive Director, Association of Faculties of Pharmacy

Denis Morrice,
President and CEO, Arthritis Society of Canada

Brian Ferguson,
Partner and Vice President, Applied Management

Mark Daniels,
President, Canadian Life and Health Insurance Association

Duncan Sinclair,
Former Dean of Medicine at Queen's University

Donald Willison,
Clinical Health Sciences, McMaster University

The Policy Dialogue opened with a video presentation that provided a brief look at some of the problems Canadians face in accessing essential medications:

"In a public opinion poll released late last year, 86% of Canadians said they believed prescription drugs play an important role in improving the quality of health care. There is no question that prescription drugs have had a radical impact on the lives of countless Canadians: the grandparent who continues to enjoy a fruitful life because of a heart medication; the child who lives into his teens because of breakthroughs in the treatment of cystic fibrosis. Untold deaths are prevented by vaccination and antibiotics. Pain is eased. More normal lives are made possible. Chronic conditions are dealt with. And there is hope that future drug therapies may be just as effective in the treatment of diseases such as cancer and AIDS.

On the other side of the ledger is the continuing rise in the cost of drugs. In fact, spending on drugs is increasing faster than all other health care spending. Between 1985 and 2000, the budget for prescription drugs grew by 344%. It is no wonder, then, that many Canadians are concerned that this may not be sustainable. And that raises questions about who should pay for drugs and how much they should pay. What limits should be imposed on drug therapies, if any? The issues are complex, and so are the factors that influence them.

Access to new drugs is a lengthy and costly process in Canada. Drug companies estimate that development from laboratory research to clinical trials can extend over a decade. Then there is the approval process, by which Health Canada must review all aspects of a new drug to assess whether its benefits outweigh its risks. There is growing pressure now on Health Canada both from within and outside the industry, for faster approvals.

But just because a drug has been approved does not necessarily mean all Canadians can use it. Not everyone has insurance to cover the cost. There is a patchwork of plans with different rules and coverage, and 12% of Canadians have no coverage at all. A number of Commissions and studies have urged the government to develop a way to ensure that all Canadians will have drug coverage. Another challenge confronting the government is rising costs. Government drug plans all use some form of cost sharing, whereby individual users bear some of the cost. Many experts are now urging other approaches, and suggest that more can be done to control drug expenditures.

As we consider the future of our national health care system, and the impact of the increasing cost of prescription drugs, these are just some of the factors that must be considered."

The Canadian Health Services Research Foundation produced a background document to guide discussion at the Policy Dialogue towards three main course of action the Commission could consider in the area of Pharmacare.

Course of action #1
Streamlining the regulatory process for approvals for new drugs

Presentation by Jim Blackburn:
I support a more timely approach to Health Canada's drug review process. An assurance of safety, efficacy and timeliness are what Canadians and the pharmaceutical industry are looking for from government. For years, now, Canada has been much slower to approve products than other countries. The study identified in the CHSRF background document indicated that between 1996 and 1998, the drug approval times for a specific group of pharmaceuticals was 608 days here, compared to 360 days in Sweden, 496 days in the US, 538 days in Australia, and 234 days in the UK.

This particular problem has been with us since 1995, when the cost recovery system was established as a way to get more funds into the drug approval system and thereby make it more efficient. Cost recovery meant that the pharmaceutical company paid a certain amount of the cost of getting a drug approved and licensed. Unfortunately, the cost-recovery system was introduced at the time when Health Canada faced extreme budgetary problems, and for every dollar the industry put in, the government took one out. The Therapeutic Products Program (TPP) was left with the same amount of funding but had made a promise to perform better. It now behooves government to make extra funding available to the drug regulatory process so that efficiency can be improved.

Harmonization of approvals at the international level is being floated as one way of sharing the costs of drug reviews. In the European Union 10 to 12 countries are involved in developing a joint process for drug approvals, and Health Canada will be working with them to assess this process, potentially leading to the acceptance of foreign reviews in Canada.

One of the specific problems within Health Canada is their lack of competent scientists to actually do the reviews. It is becoming more difficult, particularly in the area of biologics, to develop the expertise within Health Canada so that qualified individuals can make the process work. The TPP must develop a system that can fast track people so they are not waiting for a year to be accepted in a job.

Improving the drug review process requires that we support the international harmonization efforts, including the use of foreign reviews where appropriate. It requires improving the human resources system at health Canada to permit the recruitment of scientific personnel in a timely and efficient manner. Finally, it requires restoring sufficient funding, withdrawn as a result of the cost-recovery program, to Health Canada. Health Canada is already engaged in finding solutions to delays in the drug review process and we need to support those efforts.

Presentation by Denis Morrice:
The discussion around pharmacare, including the background paper and video prepared for this Policy Dialogue, revolves exclusively around cost, not health care. We have these huge multinational pharmaceutical companies coming into the motherhood of Canadian health care, and all we see is a clash. In fact, the pharmaceutical industry saves millions of lives and saves millions of people from suffering every day, and yet the public perception of these companies is almost as negative as toward the tobacco industry, which kills people.

Our bureaucrats are getting in the way of patients and doctors being able to prescribe and take the best possible medication. At the federal level, the safety record in Canada (which has a

slower approval process) is not any better than the UK or Sweden where drugs are approved much more quickly. And then the morass of provincial formularies must be negotiated before the drug is truly available to patients. Two biologics for arthritis, revolutionary drugs that change the lives of people with arthritis, took over two years longer to be approved in Canada than in other countries. Health Canada took 17 months to even pick up the file for the latest hepatitis C drug (a category that should be of special interest to our government). Another drug, discovered by one of our own companies in Canada, was approved here only after 28 other countries had accepted it.

Medication should be under the Canada Health Act (CHA). The discoveries that are moving medicine forward are medications. Getting the right drug to the right person at the right time at the right price should be our goal. Pooling our resources nationally and internationally to share the work of evaluating new products is one step towards timely approval. Millions of dollars are being spent there that could contribute to lowering the cost of drugs. As we look at harmonizing drug reviews, we also need to look at involving citizens in the process. Transparency is critical. As drugs get reviewed, citizens need to be able to find out what drugs are being reviewed, who is reviewing them, and where they stand. Post-marketing surveillance of new drugs, especially the kinds of very complex drugs we are seeing today, require a patient surveillance system. Doctors and pharmacists can continue their adverse drug reaction programmes, but we also need feedback from patients themselves to find out the negative and positive aspects of a drug.

Panel and audience discussion:

A number of panelists questioned why harmonization, which has been on the table for a long time, has been so slow to move forward. Jim Blackburn explained that the work of the past 10 years has focused on standardizing the process for submitting documentation, and on harmonizing safety standards. "There have been common reviews done on a small sense with the US and other countries," he said, "but accepting foreign reviews would be new for Canada."

Panelists pointed out a few other important differences between Canada's process and that used in European countries. Sweden and the UK make extensive use of external reviewers from academic institutions, which Canada does not do. Also, in Europe, part of the approval process is open to competitive bidding from different countries. "Part of the competition is turnaround time," said Don Willison, "so there is an incentive for countries to keep their reviewers active."

Citizen involvement in determining which products would be covered was seen as increasingly important as the line between lifestyle and necessary drugs has to be drawn. The National Institutes for Clinical Excellence in the UK now has a citizen's panel to wrestle with some of these issues. Most panelists perceived Health Canada as taking valuable steps in the direction of citizen and patient involvement, steps that should be increased and supported. Don Willison said that Health Canada was looking at ways to get citizens involved and bring patient advocacy groups into the drug review process. Duncan Sinclair thought that the Internet should be used to make the review and regulatory process really open and allow interested citizens to participate.

Course of action #2
Create a national pharmacare program to pay for prescription drugs

Presentation by Brian Ferguson:
Before we can say whether Canada should create a national program that would pay for all prescription drugs, we need to clarify what that means. Does "national" mean the same program for everyone in Canada, or could it vary by province and territory? Does "pay for" mean pay for the full cost, or could there be some form of patient cost sharing, as is currently the case in all programs, even though under the CHA and hospital and medical care insurance programs cost sharing is not permitted? Does "all prescription drugs" really mean all, or does it mean drugs on a list selected by some government body? No provincial or territorial government today covers all prescription drugs, and it takes a year or more from the date of approval for provinces to pay for drugs that are approved.

Before deciding on the need for a national program, it may be helpful to review who currently has drug insurance in Canada. By the strictest definition, 97% of Canadians have coverage, which means that at some point, if their costs are high enough and they require a drug that is on a payer's list, they will get some form of reimbursement. By our estimates, of the approximately 30 million people in the country, 16 or 17 million have private plans, and 9-10 million, primarily seniors in provinces that offer universal coverage, have the coverage of their provincial plans. Seven hundred thousand Canadians have coverage from Non Insured Health Benefits, a federal program for native Canadians. About one and a half million have some form of dual coverage, usually a private retiree plan that supplements a provincial plan. And there are about 800,000 who have no coverage of any kind, and they all live in Atlantic Canada.

The philosophy of coverage differs between private and public plans. Private plans generally cover all prescription drugs and usually cover most if not all of the cost, with patient contributions ranging from 0 to 20%. Provincial and Territorial programs, on the other hand, tend to cover fewer drugs and, as a rule, place more of the cost burden on the patient, with an emphasis on ensuring that any catastrophically high costs are covered.

So where are the main gaps in coverage and what should we do about them? The biggest gap is individuals without any coverage in the event of catastrophically high drug costs. These people represent about 3% of the population and they all live in Atlantic Canada. Some would argue that individuals in Alberta are also in this situation, but the rules have tended to be a little more flexible in Alberta and residents probably do have catastrophic coverage. Elsewhere in the country, provinces have programs that limit drug expense to between roughly 3 and 5% of a person's net income.

Another gap is the working poor who, due to the nature of their work, generally do not have private plan coverage. While they have government coverage if their drug expenses are high, they face cash flow problems in even routine drug expenditures. About 5% of the Canadian population is in this category, and they are disproportionately over-represented in Ontario.

The third, and arguably the most serious gap, is lack of access to specific medicines for people who depend on public drug plans. Among groups with high drug needs, such as sufferers of multiple sclerosis, diabetes, schizophrenia and rheumatoid arthritis, the issue of provincial variability in access to specific medicines is a far more significant than the degree of coverage. It is a lesser issue in private plans as these tend to be more open to the inclusion of all medicines.

It has been said that all politics in Canada are regional, and drug plan design is an excellent example. Coverage and access gaps apply only in certain situations and in certain

provinces. For example, the number of new drugs approved by provincial drug plans over a two-year period (ending September 2001) ranges from four in PEI to 70 in Quebec. If we graph the number of drugs approved against the out-of-pocket costs, what we find is that the provinces tend to cluster into three groups.

One group approves drugs more quickly and approves more drugs, but imposes higher deductibles and co-payments on individuals. The Western provinces with universal plans and the province of Quebec fall into this group. The second group uses access to specific drugs as a cost control measure, approve relatively few drugs, and also charge relatively high costs to the individual. The Atlantic provinces are in this category. Ontario stands alone in imposing relatively low co-payments and deductibles but at the same time approving relatively fewer drugs and approving them with fairly limited conditions.

The way each province has developed its drug plan stands in the way of ever achieving consensus on a national program. The gaps in coverage are localized to specific provinces and do not necessarily require a one-size-fits-all solution. The provinces in Atlantic Canada could, for example, extend coverage to include those individuals with high drug costs, and indeed the Health Quality Council in New Brunswick recommended just such an action in their report earlier this year. Provinces could have their existing plans provide more access to specific medicines, with appropriate conditions on use. What is really needed is action and a will to move forward.

On the issue of national pharmacare, we do need the federal and provincial governments to develop an integrated national system to cover any individual with drug expenses beyond a fixed amount or percent of income. No Canadian should face financial ruin because of catastrophic drug expenses. This could mean a system that helps individuals who need particular drugs which their provincial plan does not pay for. We also need to put in place a national system of standards based on evidence with regular audits and continuous evaluation procedures. Finally, we need to better integrate the information within provincial health care systems to facilitate good analyses on the impact of new medicines on health and health care expenditures. The silo approach is costing us money.

In Conclusion, I submit that a common national program is not a practical solution. The plan design and policy issues that underlie the current plans of each province and territory are different, as are the needs of their residents. Under a national system, all provinces would presumably have to change their programs, which would be difficult, if not unworkable. Also, when we acknowledge that provincial governments pay only about 40% of the costs of prescription medicines, we would have to find a way to finance the other 60% and possibly lose the large private investment that pays for most of it today.

Presentation by Mark Daniels:

The member companies of the Canadian Life and Health Insurance Association deliver most of Canada's supplementary health insurance plans. These plans cover 18 million Canadians and play a major role in Canada's drug coverage system. In 2001, these private plans paid 30% of total prescription drug expenditures in Canada, while public programs paid 50%, and the balance of about 20% was paid out-of-pocket by individuals.

The real question in pharmacare is not how much plans in our current system differ—a patchwork is how the video clip put it--but how well the system is getting the job done. In most cases the answer is probably "pretty well", but certainly not perfectly. I want to reiterate a couple of facts we had on the table. About 98% of Canadians have some form of public or private drug

plan coverage at the moment. Essentially 100% of Canadian seniors have drug coverage. In all provinces, social assistance recipients are covered. And coverage for the great majority of Canadians, 89%, including all low-income seniors and social assistance recipients, provides an overall cap on out-of-pocket costs in the event they should require extremely expensive drugs.

Of course, there are problems. First there remains the basic coverage gap for the 2% of Canadians, most of whom are residents of the four Atlantic provinces, who have no drug coverage whatsoever. Between 24 and 30% of the population in Atlantic Canada have no public or private sector drug coverage. The second problem is possible exposure to personal financial hardship in the event of very high drug expenses: About 9% of the population are covered by plans without protective caps. New drug therapies and changing patterns of health care have created a situation in which Canadians with an increasing range of medical conditions require very costly prescription drugs outside hospitals and thus outside medicare coverage. While the statistical frequency of this situation remains very low, it is increasing due to innovations in drug therapies and the substitution of such therapies for extended hospital care. Five or six Canadians in 1,000 (about 100,000 people) currently require prescription drugs costing more than $5000 a year. That number is virtually certain to increase in the years ahead. (This data is available publicly in a recent report by the Fraser group and Tristat Resources presented at the Kirby Senate hearings.)

We already have a national pharmacare system, so what we need to consider is how to make it better. Some say that the only way to address the problems is by nationalizing the entire system, that is, have government take over the whole thing, perhaps by including prescriptions drugs under the CHA, and put in place a comprehensive public program to pay for all prescription drug costs. Such an extreme action would inevitably be accompanied by its own set of problems, at least as complex as the ones now on the table. But more to the point, nationalization would be very, very costly, and would require eliminating a system that has been serving Canadians reasonably well.

Another approach could be public-private partnership in a comprehensive program covering all drug costs, a model which Quebec pioneered in 1997. Under the universal drug plan which the insurance industry delivers in partnership with Quebec's Regie d'assurance maladie, 100% of Quebeckers have drug coverage and no one pays over $750 a year in out-of-pocket expenses. An even more focused and less expensive approach would concentrate on protecting all Canadians against severe drug expenses. This would involve putting a government program in place to strongly encourage all existing public and private plans to maintain or introduce appropriate protective caps on out-of-pocket spending. Such a program would also provide strong incentives for provincial governments to introduce new coverage programs where they are currently lacking, and in short, take care of what is palpably a regional problem.

Even if we did recommend that the authority for drug insurance be passed to a single government, we will all be so long dead in the ground by the time that happens that it will not matter. What we have to do is find a way to take the existing system and make it work better for us. It is perhaps not as neat and clean and elegant a solution, but I think it is one that we can make work.

Panel and audience discussion:
Denis Morrice felt that the coverage described in the numbers cited by Brian Ferguson and Mark Daniels had far too many holes in it to ensure people access to medications they needed. Variations in which drugs are covered from one province to the next, as well as burden shifting between private and public plans, leave far too many insured Canadians without the drugs they need. Brian Ferguson thought we had to be very careful not to trash the entire system because of inconsistencies among jurisdictions, and that the system was effectively covering most people. Mark Daniels felt that no matter what program was in place, there would always be a few individuals who fell through the cracks, and that this group needed to be served by a catastrophic national insurance program. Jim Blackburn thought these cracks would become more commonplace with new drugs issuing from the human genome project. "We need to prepare for the future very quickly," he said.

Most panelists agreed that the numbers cited on coverage failed to reveal the real degree of access people had. "We have heard 97%, 98%, 88% in the video; part of the problem in agreeing on a number is the wide variation in effective access," said Don Willison. He cited a study of out-of-pocket expenditures among seniors with similar drug needs in different provinces which found a ten-fold variation. The problem was exacerbated among those who were not on social assistance programs. A number of audience members reinforced the idea that even those who had coverage ended up paying very large sums on drugs.

> ***"In some provinces deductibles are high enough that if you were to ask citizens if they had coverage, they would say no." — Don Willison***

There was also discussion about how "catastrophic" would be defined in the context of a national program to protect people from very high drug costs. Brian Ferguson suggested looking at existing criteria used in various provinces.

The prospect of a national program also raised concerns among groups with good coverage in the current system who assumed that nationalization would even out coverage to a denominator somewhat lower than many Canadians were accustomed to. An audience member representing the Assembly of First Nations Health Renewal vehemently opposed any program that would jeopardize the Non-Insured Health Benefits Program that Health Canada provided to First Nations people. Full coverage of drugs and medical supplies was a benefit won in treaty negotiations, and the health needs of First Nations people were increasing, calling for increased efforts to ensure accessibility to services that are appropriate to First Nations.

> ***"Any attempt to restrict First Nations access to health services would be considered a violation of their aboriginal rights within the meaning of section 35 of the Constitution." —Assembly of First Nations Health Renewal***

Some participants felt that provinces need to maintain the power to decide how much of the budget goes to drugs as opposed to hospitals or other services. "Having a national formulary as a defining component of a national pharmacare program," said Brian Ferguson, "would cut the legs out from under the provinces to make decisions about how they ration across different parts of their programs."

Chris Nelson from the Canadian Arthritis Network expressed some concern that a national pharmacare program of the type Duncan Sinclair described (see next section) would

undermine current efforts by Industry Canada to increase the number of highly qualified researchers and help them translate inventions into actual industries.

A few audience members thought the neglect of alternative therapies, including nutritional therapies, preventive and educational initiatives, would limit the usefulness of the discussion and the recommendations it arrived at because the trend is actually toward greater reliance on these alternatives to prescription medication.

"The medical establishment tend to behave like a 13th century guild and not let any one else in. One has to be a bit careful about that." — Mark Daniels

Course of action #3
How do we deal with the rising cost of drugs?

Presentation by Duncan Sinclair:
In discussing drug costs, two fundamental realities need to be clear. The first is that there is no free lunch: all aspects of the development, manufacture and distribution of drugs, including research leading to drug discovery and testing of efficacy and safety, have to be paid for. The second fundamental reality is that the people of Canada are the ones who pay for all this. Every penny of the cost of prescription drugs comes from you or me. All we are debating here is whether we pay through taxes, through premiums to insurance companies, or out of pocket at pharmacies. That is all this is about. It is in everybody's interest to do everything possible to make sure we have access to the fullest possible range of efficacious drugs at the least possible cost.

I propose the following principles to control the cost of prescription drugs. First, free Canadian pharmacare: insure prescription drugs just like we do hospital and doctor services under medicare. I am the first to admit that medicare and its administration needs dramatic change to provide hospital and doctor services more effectively. But nonetheless, there is plenty of evidence to show that our public health insurance system is far superior to the alternatives in keeping costs down. Two simple rules apply: the more people who share the risk, the lower the cost; and second, the fewer insurers, the lower the cost of paperwork. An important bonus to national pharmacare is fairness. Everybody, rich and poor, from coast to coast, has equal access to the drugs they need, and each person pays through taxes in proportion to their income.

Second, Canada should share regulatory costs with other countries that have equally high standards for efficacy and safety. In other words, drug testing should be done internationally and the process and standards should be harmonized. Third, we need to create a national formulary, a list of drugs shown in good clinical head-to-head trials with competing drugs to be the most effective and safe for their intended purposes. And the assessment of effectiveness should include consideration of cost-effectiveness. Pharmacare should pay only for drugs that are on this national formulary.

There are three corollaries to the last principle. First, by including cost effectiveness, the national formulary would also perform the function of reference-based pricing. There would be but one price per class of drugs on the formulary. The price-setter for the class would be the drug shown to be the most cost-effective for the purpose, to be the safest, and to have the fewest adverse side effects. The second corollary would be that to get a new drug on the formulary, the company concerned would have to provide evidence that it was more effective, safer and/or cheaper than similar drugs already available. The third corollary would be that people should be allowed to pay privately, and have insurance to help them pay privately, for drugs that they or their physicians wanted, drugs that met international regulatory hurdles for safety and efficacy but were not included on the Canadian formulary.

Finally, drug discovery and development should be rewarded by granting new drugs full 20-year patent protection, not from the date of discovery, but from the date of regulatory approval. This would allow research-based pharmaceutical companies a longer time over which to recover their R&D costs. The longer period over which to amortize the investment should be a factor in determining a fair price with the Patented Medicines Prices Review Board, and drug marketing costs should be excluded from these negotiations.

Canada's 30 million potential customers are pretty puny, but we would have a lot more

clout negotiating from a national perspective than we do from provincial perspectives. Obviously there are a lot of details to work out, in which the devil resides, but these four elements constitute the policy framework in which I would work to control the cost of prescription drugs.

Presentation by Don Willison:
I will comment on three cost-containment issues raised in the discussion paper and then address some strategies that were not mentioned in that paper. The three areas are patient cost-sharing, formularies and price controls. Consumer cost-sharing within the current framework should not be pursued as it simply shifts the financial burden to the individual without addressing the fundamental cost drivers.

Formularies do work at containing drug costs, and insurers should act as discriminating purchasers of new products, weighing the value of the new product based on head-to-head comparisons with existing best practice. I would caution however, that these new products not be evaluated on a narrow silo approach with a view to saving drug costs alone. There have been too many examples of short-sighted policies where the cost savings in drug budgets have been offset by overall increases in health care expenditures. Therefore, any decision to restrict access to drug therapies must be made in the context of a broad system-wide perspective that judges new and existing therapies against overall drug and non-drug therapeutic alternatives.

In the area of price controls, I have no doubt that the PMPRB has been somewhat effective in moderating drug prices in Canada by monitoring prices internationally and negotiating those prices with manufacturers. One side-effect of these negotiating practices becoming more widespread internationally is that there has been a steady reduction in the difference between the highest and the lowest international list prices. There are two reasons for this. On the one hand, many countries like Canada that traditionally had higher-than-average prices have negotiated their costs to levels approaching the median. At the same time, though, given the increased comparison of prices internationally, manufacturers are much more reticent to make concessions in list prices to those countries that traditionally benefited from lower prices. Countries such as Australia and France that traditionally negotiated strong concessions have recently accepted higher initial prices in exchange for other concessions with the manufacturers. For example France agreed to a high initial list price for new anti-inflammatory drugs, the COXIBS, in exchange for pre-negotiated price reductions in future years. So when Canada references against France, the list price will be higher than it would have been had France chosen the traditional negotiating approach.

Australia, New Zealand and a few other countries have also taken some creative approaches in terms of price volume agreements on selected products. Above a certain volume of sales, prices at the margin drop to reflect the reduced cost-effectiveness of that product as overall usage moves into other indications for which there are more cost-effective therapies. Therefore, I would recommend staying the course with regard to monitoring and negotiating list prices in Canada, and pursuing price-value agreements similar to those found some of these other countries.

Physician education can also be an effective means of controlling the cost of drugs. However, most conventional physician education is ineffective at sustaining behaviour change in prescribing, and those measures that do work, such as educational outreach programs done by institutions, require considerable up front and sustained effort on the part of insurers. The problem is that, with rare exceptions, insurers have failed to show the foresight or sustained commitment required for these to work. My endorsement of physician education is conditional

on a commitment to quality and value added and long-term vision. Also, if physicians sense that recommendations are meant simply to save money and not promote best practice, efforts by insurers to educate physicians will have no effect on their behaviour.

An important issue that is not addressed in the CHSRF paper is the absence of incentives for patients, providers and insurers to align their behaviour with the goal of achieving cost-effective therapy. Currently, cost-sharing either takes the form of a fixed co-payment per prescription or an amount that varies according to the price of the prescription. Neither of these gives the individual patient any pricing signals as to the absolute or relative value of that particular product. Cost-sharing according to price may deter patients from purchasing more expensive but more appropriate therapies. It could be used, rather, to send pricing signals with regard to relative value, through mechanisms such as therapeutic reference-based pricing. If two products were therapeutically equivalent—that is, they achieve the same therapeutic end points in the majority of patients—then an insurer could offer to pay only for the cheaper product, with consumers paying the difference if they still wanted the higher priced product. Reference-based pricing can only be applied in the rare cases where there is good evidence that the products being compared are truly therapeutically equivalent.

Physicians are trained to advocate for what is best for each individual patient, and that is good. In the process, though, they often ignore the fact that resources are finite and that money spent on one good or service is money that cannot be spent on another. One approach is to sensitize physicians to the notion of opportunity costs, realizing that they could be spending elsewhere.

Finally, we need to consider incentives for the pharmaceutical industry. Currently, manufacturers have every incentive to maximize sales of their products over those of their competitors, as this will maximize their profits. I do not believe profit controls are a workable solution. On the other hand, I believe there is plenty of untapped potential in negotiating tiered prices related to sales at the margin. These negotiations could be on the basis of pharmacoeconomic evaluations and would make manufacturers more financially accountable for their corporate utilization from a societal perspective. This could then temper the tone of the marketing pitch their sales forces employ.

It is only when consumers, physicians and industry have incentives to pull in the same direction, toward cost-effective use of medications, that the goal of appropriate utilization can be achieved.

Panel and audience discussion:

Duncan Sinclair's proposal allowed panelists to seriously discuss the gaps in coverage and to find commonalities in their various approaches to national pharmacare, despite persistent differences in ideas about how a national program would be structured and implemented. Given who I represent," said Mark Daniels, "I am not anxious to go towards complete nationalization; 18 million Canadians are our customers, and I am not anxious to lose them. That tends to be career limiting. On the other hand it is important to figure our how to deal with the real present problems that we are living with."

Denis Morrice pointed out that the reference pricing arrangement in place in BC since 1995 started out with five drug categories where true therapeutic equivalence was established and "has not moved an inch further since." Neither has it brought the savings anticipated.

Duncan Sinclair's proposal to adjust the start of patent protection to the date on which a drug is licensed elicited comments from several panelists. In particular, Jim Blackburn raised the

concern of Canada potentially deviating from international patent regulations. Overall, there was agreement that it was important for pharmaceutical companies to recoup the costs of discovering and developing new drugs. One solution is to ensure an adequate patent protection period, which could be achieved by a nore expeditious licensure process.

Panelists also questioned the exclusive focus on controlling the cost of patented medicines. "Of the 15% of health expenditures that we attribute to medications, only 5.5% is on the patent drug itself. Generic drugs, over-the-counter drugs and various charges make up the rest," said Dennis Morrice. He also raised the issue of pricing for generic drugs, stating that Canada pays far more than the US for generics and calling for them to be regulated in a fashion similar to the PMPRB.

Conclusion:

There was consensus among participants that the drug review and approval processes in Canada need to be streamlined for reasons of both cost and timeliness. Jim Blackburn put the onus on adding resources to the systems now in place, while Denis Morrice felt the constraints were much more complex and wanted to make the process much more transparent and inclusive of citizens and patients.

All participants felt that we should support the international harmonization efforts, including the use of foreign reviews where appropriate. It was acknowledged that Health Canada is already engaged in finding solutions to delays in the drug review process and that we need to support and extend those efforts.

The two panelists assigned to speak on a national pharmacare program based their concerns on the fact that very few Canadians were not currently covered by some form of drug program and that there were other ways to fill the gaps in the current coverage. In their opinion, a drug program totally funded and run by the government(s) would be very expensive and very difficult to manage, especially given current provincial differences. Bryan Ferguson felt there was a need for federal and provincial governments to develop an integrated national system to cover individuals with drug expenses beyond a fixed amount or percent of income. Mark Daniels agreed that this was an important gap in existing public and private plans.

The participants who challenged their proposals started from the position that existing coverage was not as complete as the panelists implied, and that gaps would increase as new drugs issuing from human genome research became available. There were concerns from the First Nations people that their coverage would decrease under a national plan, and also concerns that a national plan with a national formulary usurped provincial responsibility for health care.

The compelling defense of national pharmacare came in the discussion of how to control rising drug costs. Duncan Sinclair's proposal for a national pharmacare program, administered under the CHA, with a national formulary and reference pricing scheme supplemented by private insurance, was greeted with applause from the audience. However, most panelists remained skeptical as to whether there could or should be a single plan, even under a national program.

Don Willison presented very specific suggestions for controlling the cost of drugs through price negotiations and by providing patients, physicians and industry incentives to encourage appropriate utilization of drugs. These suggestions were applicable with or without a national pharmacare program.

The audience, for the most part, encouraged governments to invest sufficiently in healthcare and, in particular, to ensure that pharmaceutical care was more accessible to the most vulnerable, that is, low income and seniors.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 5

L'assurance-médicaments au Canada

L' Université Queen's
Kingston (Ontario)

LE 5 SEPTEMBRE 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient initialement sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Président :

Keith Banting,
directeur, School of Policy Studies, Université Queen's

Participants :

Jim Blackburn,
Université de la Saskatchewan, directeur exécutif, Association des facultés de pharmacie

Denis Morrice,
président-directeur général, Société d'arthrite du Canada

Brian Ferguson,
partenaire et vice-président, Applied Management

Mark Daniels,
président, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes

Duncan Sinclair,
ancien doyen de médecine, Université Queen's

Donald Willison,
Sciences de santé clinique, Univesité McMaster

Le dialogue sur les politiques a commencé par la présentation d'une vidéo donnant un aperçu de certains problèmes que vivent les Canadiens lorsque vient le temps d'avoir accès à des médicaments essentiels.

« Un sondage d'opinion publique publié l'an dernier indique que 86 p. 100 des Canadiens croient que les médicaments d'ordonnance jouent un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. Il ne fait aucun doute que les médicaments d'ordonnance ont eu un impact considérable sur la vie de nombreux Canadiens : les grands-parents qui continuent à profiter de la vie grâce à un médicament pour le cœur; l'enfant qui atteint l'adolescence grâce aux percées réalisées dans le traitement de la fibrose kystique. D'innombrables décès sont évités grâce aux vaccins et aux antibiotiques. On soulage la douleur. Il est possible de vivre une vie plus normale. On traite des maladies chroniques. Et on espère que la pharmacothérapie de l'avenir pourra être aussi efficace pour traiter des maladies comme le cancer et le SIDA.

L'envers de la médaille est que les coûts des médicaments ne cessent d'augmenter. En fait, les dépenses consacrées aux médicaments augmentent plus vite que toutes les autres dépenses consacrées aux soins de santé. Entre 1985 et 2000, le budget des médicaments d'ordonnance a augmenté de 344 p. 100. Il n'est donc guère étonnant que de nombreux Canadiens s'interrogent sur la viabilité du programme. On se demande alors qui devrait payer pour les médicaments et combien ils devraient payer. Quelles sont les limites qu'on devrait imposer à la pharmacothérapie, s'il y a lieu? Les questions sont complexes, ainsi que les facteurs qui les influencent.

Au Canada, accéder à de nouveaux médicaments constitue un processus long et coûteux. Les compagnies pharmaceutiques estiment que, entre la recherche en laboratoire et les essais cliniques, le développement peut prendre plus de dix ans. Il y a ensuite le processus d'approbation, au cours duquel Santé Canada doit étudier tous les aspects d'un nouveau médicament afin d'évaluer si les avantages l'emportent sur les risques. Santé Canada subit actuellement de plus en plus de pressions, autant de l'intérieur que de l'extérieur de l'industrie, pour accélérer le processus d'approbation.

Le fait qu'un médicament soit approuvé ne signifie cependant pas pour autant que tous les Canadiens peuvent l'utiliser. Tous ne possèdent pas une assurance pour en couvrir le coût. Il existe un ensemble de régimes disparates dont les couvertures et les règlements diffèrent et 12 p. 100 des Canadiens ne possèdent aucune couverture. Un certain nombre de commissions et d'études ont réclamé que le gouvernement prenne les moyens pour s'assurer que tous les Canadiens possèdent une assurance-médicaments. L'augmentation des coûts constitue un autre défi auquel le gouvernement doit faire face. Les assurances-médicaments gouvernementales sont tous jusqu'à un certain point à coûts partagés et les utilisateurs individuels en assument une partie des coûts. De nombreux experts réclament maintenant d'autres méthodes et prétendent qu'on pourrait en faire davantage pour contenir les dépenses relatives aux médicaments.

Au moment où s'amorce la réflexion sur l'avenir de notre système de soins de santé national, et sur l'impact de l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance, ce ne sont que quelques-uns des facteurs que nous devons prendre en considération. » [Traduction libre]

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a élaboré un document d'information pour orienter la discussion vers trois axes d'action principaux lors du dialogue sur les politiques que la Commission pourrait envisager dans le domaine de l'assurance-médicaments.

Piste d'action n° 1
Rationaliser le processus de réglementation de l'approbation des nouveaux médicaments

Présentation de Jim Blackburn :
Je suis en faveur d'un processus plus rapide d'examen des nouveaux médicaments par Santé Canada. Les Canadiens et l'industrie pharmaceutique s'attendent à ce que le gouvernement leur donne une assurance de qualité, d'efficacité et de rapidité. Depuis des années maintenant, le Canada prend beaucoup plus de temps que d'autres pays à approuver des produits. L'étude identifiée dans le document d'information de la FCRSS indique que, entre 1996 et 1998, les délais d'approbation pour un groupe précis de produits pharmaceutiques était de 608 jours au Canada, contre 360 jours en Suède, 496 jours aux États-Unis, 538 jours en Australie et 234 jours au Royaume-Uni.

Ce problème particulier remonte à 1995, lorsque le système de recouvrement des coûts a été mis sur pied comme moyen d'obtenir davantage de fonds pour le système d'approbation des médicaments et de le rendre ainsi plus efficace. Le recouvrement des frais signifiait que la compagnie pharmaceutique payait un certain montant du coût d'approbation et d'homologation du médicament. Malheureusement, le système de recouvrement des coûts a été mis sur pied au moment où Santé Canada devait faire face à de graves problèmes budgétaires et où le gouvernement enlevait un dollar de budget pour chaque dollar injecté par l'industrie. Malgré la promesse d'améliorer le rendement du Programme des produits thérapeutiques (PPT), son financement restait le même. Il incombe maintenant au gouvernement d'offrir plus de financement au processus de réglementation des médicaments afin d'améliorer l'efficacité.

L'harmonisation des approbations sur le plan international est maintenant considérée comme une façon de partager les coûts d'examen des médicaments. Dix à douze pays de l'Union européenne participent à l'élaboration d'un processus conjoint concernant l'approbation des médicaments et Santé Canada collaborera avec ces pays pour évaluer ce processus, ce qui pourrait amener le Canada à accepter des examens effectués à l'étranger.

Le manque de scientifiques compétents pouvant effectuer des examens est l'un des problèmes précis auquel fait face Santé Canada. Il devient de plus en plus difficile, particulièrement dans le domaine des produits biologiques, de développer une expertise au sein de Santé Canada afin que des personnes qualifiées puissent conduire le processus à bon terme. Le PPT doit développer un système permettant d'accorder une promotion rapide à des personnes pour qu'elles n'aient pas à attendre un an avant d'obtenir un poste.

Améliorer le processus d'examen des médicaments exige que nous soutenions les efforts d'harmonisation internationale, y compris l'utilisation des examens étrangers, le cas échéant. Pour cela, il faut améliorer le système des ressources humaines de Santé Canada pour permettre le recrutement efficace et rapide d'employés scientifiques. L'amélioration du processus exige aussi qu'on recommence à offrir assez de financement à Santé Canada, en lui remettant les budgets qu'on lui avait retirés en raison du programme de recouvrement des coûts. Santé Canada s'efforce déjà de trouver des solutions aux longs délais d'examen et nous devons appuyer ces

efforts.

Présentation de Denis Morrice :
La discussion concernant l'assurance-médicaments, y compris le document d'information et la vidéo servant au présent dialogue sur les politiques, concerne exclusivement les coûts et non les soins de santé. Nous voyons venir ces énormes compagnies pharmaceutiques multinationales qui s'infiltrent dans nos beaux soins de santé canadiens et tout ce que à quoi nous pensons, c'est à un affrontement. En fait, l'industrie pharmaceutique empêche des millions de gens de mourir et de souffrir chaque jour et, malgré tout, la perception qu'a le public de ces compagnies est aussi négative que celle qu'elle a des compagnies de tabac qui, elles, tuent des gens.

Nos bureaucrates empêchent les médecins de prescrire les meilleurs médicaments possibles et les patients, de les prendre. Au plan fédéral, le dossier d'innocuité du Canada (dont le processus d'approbation est plus lent) n'est pas meilleur que celui du Royaume-Uni ou de la Suède, où les médicaments sont approuvés beaucoup plus rapidement. Sans parler de la multitude de formulaires provinciaux qu'on doit remplir avant même que le médicament puisse vraiment être offert aux patients. Deux produits biologiques pour l'arthrite, des médicaments révolutionnaires qui améliorent la vie de personnes souffrant d'arthrite, ont pris deux années de plus que d'autres pays à être approuvés au Canada. Santé Canada a pris 17 mois avant même de consulter le dossier concernant le dernier médicament pour l'hépatite C (une catégorie qui devrait intéresser particulièrement notre gouvernement). Un autre médicament, découvert par une de nos propres compagnies au Canada, a été approuvé ici seulement après avoir été approuvé par 28 autres pays.

Les médicaments devraient relever de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Les médicaments font partie des découvertes qui font avancer la médecine. Administrer le bon médicament à la bonne personne au bon moment à un prix adéquat devrait être notre objectif. Mettre nos ressources en commun au plan national et international afin de partager l'examen de nouveaux produits est un pas en direction d'un processus d'approbation plus rapide. Les millions de dollars dépensés dans ce domaine pourraient servir à abaisser le coût des médicaments. Tandis que nous examinons l'harmonisation de l'examen des médicaments, nous devons aussi penser à faire participer les citoyens au processus. La transparence est essentielle. Les citoyens doivent être en mesure de savoir quels médicaments sont en examen, qui les examine et où en est rendu le processus. La surveillance après la commercialisation des nouveaux médicaments, particulièrement pour les médicaments très complexes qu'on trouve aujourd'hui, nécessite un système de surveillance de la part des patients. Les médecins et les pharmaciens peuvent poursuivre leurs programmes relatifs aux effets indésirables des médicaments, mais nous avons aussi besoin des commentaires des patients eux-mêmes pour connaître les aspects négatifs et positifs d'un médicament.

Discussion entre l'auditoire et le panel :
Un certain nombre de panélistes se demandent pourquoi le projet d'harmonisation, présenté depuis longtemps, a pris tant de temps à aller de l'avant. Jim Blackburn explique que le travail des dix dernières années a été axé sur la normalisation du processus de présentation des documents et sur l'harmonisation des normes d'innocuité. « Il y a eu des examens conjoints effectués à petite échelle avec les États-Unis et d'autres pays, mais accepter des examens étrangers serait nouveau pour le Canada », précise-t-il.

Les panélistes font remarquer d'autres différences importantes entre le processus en

vigueur au Canada et celui adopté par d'autres pays européens. La Suède et le Royaume-Uni retiennent beaucoup les services d'examinateurs indépendants provenant d'établissements universitaires, ce qui n'est pas le cas du Canada. En outre, en Europe, une partie du processus d'approbation est ouvert à la soumission en régime de concurrence de la part de pays différents. Selon Don Willison : « Une partie de la concurrence porte sur le délai d'exécution. Cela incite donc les pays à garder leurs examinateurs actifs. »

La participation des citoyens pour déterminer quels produits seront couverts est considérée comme étant de plus en plus importante étant donné qu'il faut faire la distinction entre médicaments de « bien-être » (« lifestyle drugs ») et médicaments nécessaires. Au Royaume-Uni, un groupe de citoyens qui fait maintenant partie du National Institutes for Clinical Excellence tente de résoudre certaines de ces questions. La plupart des panélistes ont eu l'impression que Santé Canada prenait les bonnes mesures pour faire participer les citoyens et les patients, des mesures qui devraient être augmentées et soutenues. Don Willison souligne que Santé Canada cherche des façons d'amener les citoyens et les groupes de défense des droits des patients à participer au processus d'examen des médicaments. Duncan Sinclair croit qu'on devrait se servir d'Internet pour rendre les examens et le processus de réglementation à la portée de tous, ce qui permettrait aux citoyens intéressés d'y participer.

Piste d'action n° 2
Instauration d'un programme d'assurance-médicaments national pour payer les médicaments d'ordonnance

Présentation de Brian Ferguson :
Avant même de penser que le Canada devrait instaurer un programme national qui permettrait de payer tous les médicaments d'ordonnance, nous devons clarifier ce que cela veut dire. Est-ce que « national » veut dire le même programme pour tout le monde au Canada ou pourrait-il être différent d'une province ou territoire à l'autre? Est-ce que « payer » veut dire payer le coût intégral ou devrait-il y avoir une certaine forme de partage des coûts de la part du patient, comme c'est actuellement le cas pour tous les programmes, même si le partage des frais n'est pas permis en vertu de la LCS et des programmes d'assurance-maladie? Est-ce que « tous les médicaments d'ordonnance » signifie vraiment tous les médicaments ou est-ce que cela signifie les médicaments faisant partie d'une liste élaborée par une instance gouvernementale? Actuellement, aucune province ou territoire ne couvre tous les médicaments d'ordonnance et cela prend aux provinces une année ou plus à partir de la date d'approbation pour payer les médicaments qui sont approuvés.

Avant de décider de la nécessité d'un programme national, il serait utile de savoir qui possède actuellement une assurance-médicaments au Canada. Selon la définition la plus rigoureuse, 97 p. 100 des Canadiens possèdent une couverture, ce qui veut dire qu'à un moment donné, si leurs coûts sont assez élevés et qu'ils ont besoin d'un médicament inscrit sur la liste du payeur, ils obtiendront une certaine forme de remboursement. Selon nos estimations, sur les 30 millions de personnes environ au pays, 16 ou 17 millions possèdent un régime privé et 9 à 10 millions, surtout des personnes âgées des provinces qui offrent une couverture universelle, possèdent une couverture offerte par leur régime provincial. Sept cent mille Canadiens possèdent une couverture des Services de santé non assurés, un programme fédéral à l'intention des Autochtones canadiens. Environ un million et demi de personnes possèdent une couverture mixte, habituellement un régime de retraite privé, complémentaire à un régime provincial. Environ 800 000 personnes n'ont aucune couverture et elles habitent toutes au Canada atlantique.

La philosophie des couvertures diffère selon qu'on parle de régimes publics ou privés. Les régimes privés couvrent généralement tous les médicaments d'ordonnance et remboursent habituellement la plus grande partie des frais, sinon tous les frais, la contribution des patients se situant entre 0 et 20 p 100. D'autre part, les programmes offerts par les provinces et les territoires ont tendance à couvrir moins de médicaments et, de façon générale, imposent davantage de frais aux patients, tout en garantissant que les médicaments dont les coûts sont excessifs soient couverts.

Alors, quelles sont les principales lacunes en matière de couverture et que devrions-nous faire à leur sujet? La plus grande lacune concerne les personnes qui ne possèdent aucune couverture et qui ont besoin de médicaments dont les coûts sont très élevés. Ces personnes représentent environ 3 p. 100 de la population et elles habitent toutes au Canada atlantique. Certaines personnes pourraient prétendre qu'on trouve aussi une telle situation en Alberta, mais les règlements ont tendance à être plus flexibles en Alberta et les résidants possèdent probablement une couverture en cas de catastrophe. Ailleurs au pays, les provinces ont des programmes qui limitent les dépenses en matière de médicaments à une somme située entre 3 et 5 p. 100 du revenu net d'une personne.

Une autre lacune concerne les travailleurs à faible revenu qui, en raison de la nature de leur travail, ne possèdent généralement pas un régime d'assurance privé. Même s'ils possèdent une couverture gouvernementale, si leurs frais de médicaments sont élevés, ils sont confrontés à des problèmes de trésorerie même lors de dépenses de routine liées aux médicaments. Environ 5 p. 100 de la population canadienne se trouvent dans cette catégorie, qui est surreprésentée en Ontario.

La troisième lacune, qu'on pourrait penser être la plus grave, est l'inaccessibilité à des médicaments spécifiques pour des personnes qui dépendent des régimes d'assurance-médicaments publics. Parmi les groupes ayant besoin de beaucoup de médicaments, comme les personnes souffrant de sclérose en plaques, de diabète, de schizophrénie et d'arthrite rhumatoïde, la variabilité provinciale dans l'accès à des médicaments spécifiques est beaucoup plus importante que le degré de couverture. Cette question concerne moins les régimes privés étant donné qu'ils sont plus ouverts à l'inclusion de tous les médicaments.

On a prétendu que toutes les politiques au Canada sont de nature régionale, et la conception du régime d'assurance-médicaments en est l'exemple parfait. Les lacunes en matière de couverture et d'accès ne s'appliquent que dans certains cas seulement et dans certaines provinces seulement. Par exemple, le nombre de nouveaux médicaments approuvés par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux au cours d'une période de deux ans (se terminant en septembre 2001) va de quatre à l'Île-du-Prince-Édouard à 70 au Québec. Si on met en graphique le nombre de médicaments approuvés par rapport aux frais devant être déboursés par le citoyen, on constate que les provinces se regroupent en trois groupes.

Un premier groupe approuve les médicaments plus rapidement et approuve davantage de médicaments, mais impose par contre une franchise et une quote-part plus élevées. Les provinces de l'Ouest possédant des régimes universels et le Québec font partie de ce groupe. Le deuxième groupe se sert de l'accès à des médicaments spécifiques comme mesure de contrôle des coûts, approuve peu de médicaments et charge des frais relativement élevés aux individus. Les provinces de l'Atlantique font partie de cette catégorie. L'Ontario se démarque en imposant une quote-part et une franchise relativement faibles mais en approuvant moins de médicaments et dans des conditions assez limitées.

La façon dont chaque province a développé son régime d'assurance-médicaments constitue un obstacle qui nous empêchera toujours d'atteindre un consensus au sujet d'un programme national. Les lacunes de couverture sont localisées à des provinces particulières et ne nécessitent pas nécessairement une solution uniformisée. Les provinces du Canada atlantique pourraient, par exemple, étendre la couverture pour y inclure les personnes ayant à prendre des médicaments dont les coûts sont très élevés. C'est justement ce que recommandait dans son rapport plus tôt cette année le Conseil en matière de qualité de la santé du Nouveau-Brunswick. Les provinces pourraient faire en sorte que les régimes qu'elles possèdent actuellement offrent un accès plus grand à des médicaments spécifiques, tout en imposant des conditions appropriées sur leur utilisation. Ce qui est véritablement nécessaire, ce sont des mesures concrètes et une volonté d'aller de l'avant.

En ce qui concerne un régime d'assurance-médicaments national, il faut vraiment que les gouvernements fédéral et provinciaux développent un système national intégré permettant d'offrir une couverture à quiconque a des dépenses de médicaments qui excèdent une certaine somme ou un certain pourcentage du revenu. Aucun Canadien ne devrait être acculé à la ruine à cause de frais catastrophiques de médicaments. Cela pourrait vouloir dire un système pour aider les personnes dont le régime provincial ne paye pas les médicaments spécifiques dont ils ont

besoin. Nous devons aussi mettre en place un système national de normes fondé sur les résultats, faisant l'objet de vérifications régulières et de procédures d'évaluations continues. Finalement, nous devons mieux intégrer l'information aux systèmes de soins de santé provinciaux afin de faciliter de bonnes analyses concernant l'impact des nouveaux médicaments sur la santé et les dépenses en matière de soins de santé. Le cloisonnement nous coûte de l'argent.

En conclusion, je considère qu'un programme national commun n'est pas une solution pratique. La conception du plan et les enjeux politiques qui sont à la base des plans actuels de chaque province et territoire sont différents et répondent aux besoins de leurs résidants. Dans le cadre d'un système national, on présume que toutes les provinces auraient à modifier leurs programmes, ce qui s'avérerait une tâche difficile sinon impossible. De plus, lorsqu'on sait que les gouvernements provinciaux ne paient que 40 p. 100 environ des coûts des médicaments d'ordonnance, on devrait alors trouver un moyen de financer les 60 p. 100 qui manquent et probablement perdre les investissements importants effectués par le secteur privé qui, aujourd'hui, paie la plupart de ces médicaments.

Présentation de Mark Daniels :

Les compagnies membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes sont celles chez qui sont souscrits la plupart des régimes d'assurance-santé complémentaires du Canada. Ces régimes couvrent 18 millions de Canadiens et jouent un rôle important dans le système de couverture des médicaments du Canada. En 2001, ces régimes privés ont payé 30 p. 100 des frais des médicaments d'ordonnance au total au Canada, tandis que les programmes publics ont payé 50 p. 100, le reste, 20 p. 100, étant payé par les individus.

La véritable question en ce qui concerne l'assurance-médicaments n'est pas de savoir à quel point nos régimes actuels diffèrent – les mesures étant plutôt disparates selon la vidéo – mais de savoir si le système fait bien le travail. Dans la plupart des cas, la réponse est probablement « assez bien », mais certainement pas « parfaitement ». J'aimerais souligner de nouveau certains faits qui nous ont été présentés. Environ 98 p. 100 des Canadiens possèdent actuellement une forme ou une autre d'assurance-médicaments provenant d'un régime public ou privé. Essentiellement, 100 p. 100 des Canadiens âgés possèdent une assurance-médicaments. Dans toutes les provinces, les prestataires d'aide sociale sont couverts. Pour la plupart des Canadiens, soit 89 p. 100, y compris les aînés à faible revenu et les prestataires d'aide sociale, la couverture offre un plafond pour les frais à débourser par la personne au cas où elle aurait besoin de médicaments extrêmement coûteux.

Bien entendu, il y a des problèmes. D'abord, il y a toujours 2 p. 100 des Canadiens, la plupart habitant dans les quatre provinces de l'Atlantique, qui ne possèdent aucune assurance-médicaments. Entre 24 et 30 p. 100 de la population du Canada atlantique ne possèdent ni couverture publique ni couverture privée d'assurance-médicaments. Le deuxième problème est la possibilité d'avoir des difficultés financières personnelles si on doit assumer des frais très élevés pour payer des médicaments. Environ 9 p. 100 de la population est couverte par des régimes qui ne possèdent pas de plafond. Les nouvelles pharmacothérapies ainsi que les nouvelles méthodes de traitement ont engendré une situation dans laquelle les Canadiens ayant de plus en plus de troubles médicaux nécessitent des médicaments très coûteux à l'extérieur des hôpitaux de sorte qu'ils ne sont pas couverts par l'assurance-maladie. Bien que la fréquence statistique de cette situation demeure très faible, elle augmente en raison des nouveautés en matière de pharmacothérapie, qui remplacent de plus en plus les soins prolongés en milieu hospitalier. Cinq ou six Canadiens sur 1 000 (100 000 personnes environ) nécessitent actuellement des

médicaments d'ordonnance qui leur coûtent plus de 5 000 $ par année. Il est à peu près certain que ce chiffre augmentera au cours des années à venir. (Le public peut consulter ces données dans un récent rapport du Groupe Fraser et de Tristat Resources présenté aux audiences du comité sénatorial Kirby.)

Nous possédons déjà un système national d'assurance-médicaments, alors, ce que nous devons examiner, c'est comment l'améliorer. Certaines personnes disent que la seule façon de régler les problèmes est de nationaliser tout le système, c'est-à-dire que le gouvernement devienne responsable de l'ensemble du système, peut-être en incluant les médicaments d'ordonnance dans la LCS et en mettant en place un programme public intégré pour assumer les frais de tous les médicaments d'ordonnance. Une position aussi extrême serait inévitablement victime de ses propres problèmes, au moins aussi complexes que les problèmes que nous vivons actuellement. Mais, plus encore, la nationalisation serait très, très onéreuse et nécessiterait l'élimination d'un système qui a quand même assez bien servi les Canadiens.

Une autre méthode serait de créer un partenariat public-privé dans un programme intégré qui couvrirait les frais de tous les médicaments, un modèle dont le Québec s'est fait le pionnier en 1997. En vertu de ce régime d'assurance-médicaments universel, auquel participent les compagnies d'assurance en partenariat avec la Régie d'assurance maladie du Québec, 100 p. 100 des Québécois possèdent une assurance-médicaments et personne ne débourse plus de 750 $ par année en frais. Une méthode encore plus ciblée et économique serait de protéger tous les Canadiens contre les frais prohibitifs des médicaments. Cela voudrait dire mettre en place un programme gouvernemental pour que les régimes publics et privés maintiennent ou introduisent un plafond approprié de dépenses. Un tel programme servirait aussi d'un puissant incitatif aux gouvernements provinciaux pour offrir de nouveaux programmes de couverture là où se trouvent actuellement des lacunes et, en bref, pour s'occuper des enjeux qui sont en fait des problèmes régionaux.

Même si nous recommandions que le pouvoir en matière d'assurance-médicaments soit dévolu à un gouvernement unique, nous serions sûrement tous morts et enterrés avant que cela se produise, de sorte que cela n'aurait pas vraiment d'importance. Ce que nous devons faire est de trouver un moyen d'améliorer le système actuel pour qu'il fonctionne mieux pour nous. Ce n'est peut-être pas la solution la plus correcte et la plus élégante, mais je pense que c'est une solution que nous pouvons rendre fonctionnelle.

Discussion entre le panel et l'auditoire :

Denis Morrice a l'impression que la couverture pour laquelle Brian Ferguson et Mark Daniels ont donné des chiffres a beaucoup trop de failles pour garantir l'accès aux médicaments dont les personnes ont besoin. Les différences de couverture de médicaments d'une province à l'autre, ainsi que le fardeau qui passe des régimes privés aux régimes publics, laisse beaucoup trop de Canadiens assurés sans les médicaments dont ils ont besoin. Brian Ferguson estime que nous ne devons pas rejeter le système au complet parce qu'il y a des incohérences entre les administrations et que, malgré tout, le système couvre efficacement la plupart des gens. Mark Daniels croit que, peu importe le système en place, il y aura toujours quelques personnes qui passeront entre les mailles du filet et que ce groupe devait être desservi par un programme d'assurance nationale pour risques catastrophiques. Jim Blackburn considère qu'il sera de plus en plus courant de passer entre les mailles du filet lorsque de nouveaux médicaments proviendront du projet du génome humain. « Nous devons préparer l'avenir très rapidement », dit-il.

La plupart des panélistes croient que les chiffres sur la couverture ne révèlent pas vraiment le degré réel d'accessibilité des gens. « La vidéo indique 97, 98 et 88 p. 100; en partie, le problème pour se mettre d'accord sur un chiffre est l'écart important concernant l'accessibilité réelle », dit Don Willison. Il cite une étude sur les frais engagés par des aînés ayant des besoins semblables en matière de médicaments dans des provinces différentes et qui indique une variation par un facteur de dix. Le problème est plus criant chez les personnes qui ne font pas partie des programmes d'aide sociale. Un certain nombre de participants croient vraiment que même ceux qui possèdent une couverture finissent par payer des sommes très importantes pour obtenir des médicaments.

(Traduction) ***« Dans certaines provinces, la franchise est tellement élevée que si vous demandiez aux citoyens s'ils possèdent une couverture, ils diraient non. » — Don Willison***

On discute aussi de la définition du terme « catastrophique » dans le contexte d'un programme national pour protéger les gens contre les coûts très élevés des médicaments. Brian Ferguson suggère d'examiner les critères existants des différentes provinces.

L'idée d'un programme national soulève aussi des inquiétudes chez les groupes dont le système actuel offre une bonne couverture. Ceux-ci assument que la nationalisation nivellerait la couverture par le bas et la rendrait ainsi moins généreuse que ce à quoi un grand nombre de Canadiens sont habitués. Un représentant du groupe Renouveau de la santé de l'Assemblée des Premières Nations s'oppose avec véhémence à tout programme qui compromettrait le programme des services de santé non assurés offert aux personnes des Premières Nations par Santé Canada. Une couverture complète des médicaments et des fournitures médicales fait partie des avantages obtenus lors des négociations des traités et comme les besoins de santé des personnes des Premières Nations augmentent, cela exige des efforts accrus pour assurer l'accessibilité à des services appropriés pour les Premières Nations.

(traduction) ***« Toute tentative pour restreindre l'accessibilité aux services de santé aux Premières Nations serait considérée comme une violation de leurs droits ancestraux au sens de l'article 35 de la Constitution. » — Renouvellement du système de santé de l'Assemblée des Premières Nations***

Certains participants croient que les provinces doivent conserver le pouvoir de décision concernant la portion du budget devant être allouée aux médicaments par rapport aux hôpitaux ou à d'autres services. « Un formulaire national qui servirait de composante d'identification d'un programme d'assurance-médicaments national empêcherait les provinces de prendre des décisions sur la façon dont elles rationaliseraient différentes parties de leurs programmes », affirme Brian Ferguson.

Chris Nelson, du Réseau canadien de l'arthrite se dit préoccupé par le fait qu'un programme d'assurance-médicaments national du genre décrit par Duncan Sinclair (voir la section suivante) saperait les efforts entrepris actuellement par Industrie Canada pour augmenter le nombre de chercheurs hautement qualifiés et les aider à traduire les inventions en véritables industries.

Quelques participants indiquent qu'ils croient que négliger les thérapies alternatives, y compris les thérapies nutritionnelles, les initiatives de prévention et d'éducation, limiterait

l'utilité de la discussion et les recommandations apportées parce que la tendance veut qu'actuellement on se tourne davantage vers ces méthodes alternatives plutôt que vers les médicaments d'ordonnance.

(traduction) ***« Le corps médical se comporte comme une confrérie du 13e siècle et ne veut y laisser entrer personne d'autre. On devrait faire très attention à cela. — Mark Daniels***

Piste d'action no 3
Comment remédier à la situation de l'augmentation des coûts des médicaments?

Présentation de Duncan Sinclair :
Lorsqu'on discute du coût des médicaments, il faut clarifier deux réalités fondamentales. La première est que rien n'est gratuit : on doit payer pour tous les aspects du développement, de la fabrication et de la distribution des médicaments, y compris la recherche menant à la découverte de médicaments ainsi que les tests d'efficacité et d'innocuité. La deuxième réalité fondamentale est que ces sont les citoyens du Canada qui payent tout cela. Chaque dollar du coût des médicaments d'ordonnance vient de vous et de moi. Ici, tout le débat est de savoir si nous payons au moyen de nos taxes, de primes aux compagnies d'assurance ou directement à la pharmacie. Voilà la seule question. Il est de l'intérêt de chacun de faire tout son possible pour s'assurer que nous avons accès à une gamme des plus complètes de médicaments efficaces au moindre coût possible.

Je propose les principes suivants pour maîtriser le coût des médicaments d'ordonnance. Premièrement, une assurance-médicaments canadienne gratuite : assurer les médicaments d'ordonnance de la même façon que nous assurons les soins hospitaliers et médicaux par l'assurance maladie. Je suis le premier à reconnaître que l'assurance maladie et son administration ont besoin de changements importants pour nous permettre d'offrir des soins médicaux et hospitaliers plus efficaces. Toutefois, il existe assez de preuves pour démontrer que notre système d'assurance santé public est de loin supérieur aux solutions de rechange pour diminuer les coûts. Deux règles simples s'appliquent : premièrement, plus il y a de personnes qui partagent les risques, moins les coûts sont élevés; deuxièmement, moins il y a d'assureurs, moins les coûts des procédures administratives sont élevés. En outre, une assurance-médicaments offre l'équité en prime. Tout le monde, riches ou pauvres, d'un océan à l'autre, a l'égalité d'accès aux médicaments dont il a besoin et chaque personne paie au moyen de taxes proportionnelles à son revenu.

Deuxièmement, le Canada devrait partager les coûts réglementaires avec d'autres pays dont les normes d'efficacité et d'innocuité sont aussi élevées que les nôtres. En d'autres termes, l'examen des médicaments devrait se faire internationalement et on devrait harmoniser le processus et les normes. Troisièmement, nous devons créer un formulaire national, une liste de médicaments qui sont considérés au cours d'essais cliniques, au même titre que des médicaments concurrentiels, comme les plus efficaces et sans danger pour l'atteinte du but visé. L'évaluation de l'efficacité devrait tenir compte du rapport coût-efficacité. L'assurance-médicaments devrait couvrir seulement les médicaments inscrits à ce formulaire national.

Le dernier principe comprend trois corollaires. Premièrement, en incluant le rapport coût-efficacité, le formulaire national servirait aussi de référence en matière de prix. Il n'y aurait qu'un seul prix par classe de médicaments sur le formulaire. Le fixeur de prix pour la classe serait le médicament considéré comme le plus économique pour l'objectif visé, le plus sûr en termes d'innocuité et celui dont les effets secondaires seraient les moins nombreux. Le deuxième corollaire serait que pour inscrire un nouveau médicament sur le formulaire, la compagnie concernée devrait fournir des preuves qu'il est plus efficace, sûr ou économique que le médicament semblable disponible. Le troisième corollaire serait que les gens auraient le droit de posséder une assurance privée pour payer les médicaments qu'ils veulent ou qui sont prescrits par leur médecin, des médicaments qui ont franchi les obstacles en matière de réglementation relative à l'innocuité et à l'efficacité mais qui ne faisaient pas partie du formulaire canadien.

Enfin, la découverte et le développement de médicaments devraient être récompensés par l'offre d'une protection par brevet complète d'une durée de 20 ans sur les nouveaux médicaments, non pas à partir de la date de la découverte mais à partir de la date de l'approbation réglementaire. Cela donnerait aux compagnies pharmaceutiques de recherche plus de temps pour recouvrer les coûts de R-D. La plus longue période sur laquelle amortir l'investissement devrait être considérée comme un facteur pour déterminer un prix juste avec le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, et les coûts de commercialisation des médicaments devraient être exclus de ces négociations.

Au Canada, 30 millions de clients potentiels n'est pas un chiffre énorme, mais des négociations au plan national auraient encore plus de poids que des négociations au plan provincial. De toute évidence, il y a encore une foule de détails à régler – et on sait que c'est là que surgissent beaucoup de difficultés – mais ces quatre éléments constituent le cadre stratégique dans lequel je travaillerais pour arriver à atteindre la maîtrise des coûts des médicaments d'ordonnance.

Présentation de Don Willison :

J'apporterai mes commentaires sur les trois questions relatives à la compression des coûts soulevées dans le document de travail pour ensuite aborder certaines stratégies qui ne faisaient pas partie de ce document. Les trois questions sont le partage des coûts avec le patient, les formulaires et le contrôle des prix. Dans le cadre actuel, la notion du partage des coûts avec le client ne devrait pas être soutenue étant donné qu'elle déplace simplement le fardeau financier vers la personne sans se préoccuper des générateurs de coûts fondamentaux.

Les formulaires réussissent à contenir le coût des médicaments, et les assureurs devraient être des acheteurs avertis de nouveaux produits, estimant la valeur du nouveau produit selon des comparaisons directes avec les meilleures pratiques existantes. Toutefois, je déconseille que ces nouveaux produits soient évalués selon la méthode étroite du silo cloisonné dans le seul but d'économiser sur le coût des médicaments. On connaît déjà trop d'exemples de politiques manquant de vision où l'économie des coûts dans les budgets de médicaments a été annulée par des augmentations globales des dépenses en soins de santé. Par conséquent, toute décision prise pour restreindre l'accès aux pharmacothérapies doit se faire dans le contexte d'un point de vue général, à l'échelle du système, qui tient compte des thérapies nouvelles et existantes contre les solutions de rechange thérapeutiques globales qui utilisent ou non des médicaments.

En ce qui concerne le contrôle des prix, je n'ai aucun doute que le CEPMB a réussi à contrôler quelque peu le prix des médicaments au Canada en surveillant les prix sur la scène internationale et en les négociant avec les fabricants. Un effet secondaire de ces méthodes de négociation qui se répandent de plus en plus dans le monde est qu'il y a eu une réduction constante de l'écart entre les prix les plus élevés et les moins élevés de la liste internationale. Il y a deux raisons à cela. D'une part, de nombreux pays comme le Canada, dont les prix étaient traditionnellement plus élevés que la moyenne, ont négocié leurs coûts à des niveaux qui se rapprochaient de la médiane. En même temps, toutefois, étant donné l'augmentation de la comparaison internationale des prix, les fabricants sont de plus en plus réticents à faire des concessions sur les prix de liste aux pays qui depuis toujours bénéficiaient de prix plus bas. Des pays comme l'Australie et la France, ayant toujours obtenu de bonnes concessions, ont récemment accepté des prix initiaux plus élevés en échange d'autres concessions des fabricants. Par exemple, la France a accepté une liste de prix initiale élevée pour de nouveaux médicaments

anti-inflammatoires, les COXIBS, en échange de réductions de prix pré-négociées dans les années à venir. Alors, lorsque le Canada se compare à la France, la liste des prix sera plus élevée qu'elle aurait été si la France avait choisi la méthode de négociation traditionnelle.

L'Australie, la Nouvelle-Zélande et quelques autres pays ont aussi adopté certaines méthodes créatives en terme d'ententes sur les prix et la quantité sur des produits choisis. Au-delà d'un certain volume de ventes, les prix à la marge diminuent de façon à refléter la réduction du rapport efficacité-coût de ce produit puisque l'utilisation globale se déplace vers d'autres indicateurs pour lesquels il existe d'autres thérapies plus économiques. Par conséquent, je recommanderais de garder le cap en ce qui concerne la surveillance et la négociation de la liste des prix au Canada et de poursuivre les ententes prix-qualité semblables à celles qu'on trouve dans ces autres pays.

L'éducation des médecins peut aussi être un moyen efficace de contrôler le coût des médicaments. Toutefois, en grande partie, l'éducation conventionnelle des médecins ne réussit pas à appuyer les changements de comportement qui seraient nécessaires en matière de prescription, et les mesures qui fonctionnent, comme les programmes éducatifs externes offerts par les institutions, exigent des efforts directs et soutenus considérables de la part des assureurs. Le problème est que, sauf de rares exceptions, les assureurs ont oublié d'indiquer la prévisibilité ou l'engagement continu requis pour que cela fonctionne. Je suis d'accord avec l'éducation des médecins à condition qu'elle soit de qualité et à valeur ajoutée et qu'elle ait une vision à long terme. Aussi, si les médecins ont l'impression que les recommandations ne visent qu'à économiser de l'argent et non à promouvoir de meilleures pratiques, les efforts déployés par les assureurs pour éduquer les médecins n'auront aucun effet sur leur comportement.

Une question importante dont il n'est pas fait mention dans le document de la FCRSS est l'absence d'incitatifs pour les patients, les fournisseurs et les assureurs afin qu'ils alignent leur comportement sur l'objectif d'obtenir des thérapies efficaces par rapport aux coûts. Actuellement, le partage des coûts prend soit la forme d'un ticket modérateur fixe par ordonnance, soit celle d'une somme qui varie selon le prix de l'ordonnance. Ni l'un ni l'autre ne donnent au patient une idée de la valeur absolue ou relative de ce produit particulier par rapport au prix. Le partage des coûts selon le prix peut empêcher des patients de se procurer des thérapies plus chères mais plus appropriées. On pourrait plutôt s'en servir pour envoyer des signaux par rapport aux prix en ce qui concerne la valeur relative par le biais de mécanismes comme l'établissement du coût en fonction du produit de référence. Si deux produits s'équivalent d'un point de vue thérapeutique – c'est à dire que les effets thérapeutiques sont les mêmes pour la plupart des patients à la fin du traitement – un assureur pourrait alors offrir de payer seulement le produit le moins cher, et le consommateur paierait la différence s'il voulait toujours avoir le produit dont le prix est plus élevé. L'établissement du coût en fonction du produit de référence ne peut s'appliquer que dans les cas rares où il est bien prouvé que les produits qu'on compare s'équivalent vraiment d'un point de vue thérapeutique.

Les médecins sont formés pour préconiser ce qu'il y a de mieux pour chaque patient individuel, et c'est bien ainsi. Toutefois, au cours du processus, ils ignorent souvent le fait que les ressources sont restreintes et que l'argent dépensé pour un bien ou un service ne peut être dépensé pour un autre bien ou service. Une façon est de sensibiliser les médecins à la notion de coûts de substitution, et de leur faire comprendre qu'ils pourraient dépenser ailleurs.

Finalement, nous devons envisager des incitatifs pour l'industrie pharmaceutique. Actuellement, les fabricants ont toutes les raisons de vendre davantage leurs produits que ceux de leurs concurrents étant donné que cela fait augmenter leurs profits au maximum. Je ne crois

pas que contrôler les profits soit une solution efficace. D'autre part, je crois qu'il existe de nombreuses occasions non exploitées dans la négociation de la progression des prix reliés aux ventes à la marge. Ces négociations pourraient se faire sur la base d'évaluations pharmaco-économiques et rendraient ainsi les fabricants plus responsables financièrement de l'exploitation de leur société du point de vue de l'ensemble de la société. Cela pourrait tempérer l'allure générale de la présentation commerciale faite par le personnel de vente.

Ce n'est que lorsque les consommateurs, les médecins et l'industrie ont des incitatifs pour aller dans la même direction, vers une utilisation efficace des médicaments par rapport au coût, que l'objectif d'utilisation appropriée peut être atteint.

Discussion ente le panel et l'auditoire :

La proposition de Duncan Sinclair permet aux panélistes de discuter à fond des lacunes de la couverture et de trouver des points communs dans la manière de traiter la question du programme national d'assurance-médicaments, malgré les divergences tenaces entre les idées sur la façon de structurer et de mettre en œuvre un programme national. « Étant donné qui je représente, a précisé Mark Daniels, je ne tiens pas vraiment à une nationalisation complète; 18 millions de Canadiens comptent parmi nos clients et je ne veux pas les perdre. Cela limiterait un peu ma carrière. D'autre part, il est important de trouver un moyen de régler le problème avec lequel nous vivons actuellement. »

Denis Morrice fait remarquer que les dispositions concernant les prix de référence mises en place en Colombie-Britannique depuis 1995 ont commencé avec cinq catégories de médicaments dont la véritable équivalence thérapeutique avait été établie et « cela n'a pas bougé d'un pouce depuis ». Cela n'a pas apporté les économies prévues non plus.

La proposition de Duncan Sinclair de faire commencer la protection par brevet à la même date que l'autorisation de mise en marché a provoqué des commentaires de la part de plusieurs panélistes. En particulier, Jim Blackburn s'est dit préoccupé par le fait que le Canada risquait de s'éloigner des règles nationales sur les brevets. Dans l'ensemble, on est d'accord pour dire qu'il est important pour les compagnies pharmaceutiques de récupérer les coûts engagés pour découvrir et développer de nouveaux médicaments. Une des solutions consiste à garantir un délai de protection des brevets adéquat, qui pourrait se réaliser en accélérant le processus d'autorisation de mise sur le marché.

Les panélistes se demandent aussi pourquoi on s'attarde exclusivement au contrôle des coûts des médicaments brevetés. « Des 15 p. 100 des dépenses en santé qu'on attribue aux médicaments, 5 p. 100 seulement concernent les médicaments brevetés eux-mêmes. Le reste concerne les médicaments génériques, les médicaments sans ordonnance et d'autres frais », affirme Dennis Morrice. Il soulève aussi la question de la fixation des prix pour les médicaments génériques, en indiquant que le Canada débourse beaucoup plus que les États-Unis pour les médicaments génériques. Il demande donc qu'ils soient réglementés d'une façon semblable à celle du CEPMB.

Conclusion :

Les participants sont unanimes pour dire que l'examen des médicaments et le processus d'approbation au Canada doivent être simplifiés pour diminuer les coûts et accélérer le processus. Selon Jim Blackburn, il faut ajouter des ressources au système déjà en place, tandis que Denis Morrice croit que les contraintes sont beaucoup plus complexes et il veut rendre le

processus beaucoup plus transparent et y faire participer les citoyens et les patients.

Tous les participants croient que nous devons soutenir les efforts d'harmonisation internationale, notamment l'utilisation d'examens étrangers, le cas échéant. On a reconnu que Santé Canada recherche déjà des solutions aux délais du processus d'examen des médicaments et que nous devons soutenir et accroître ces efforts.

Les préoccupations des deux panélistes chargés de parler d'un programme d'assurance-médicaments national sont basées sur le fait que très peu de Canadiens ne sont pas actuellement couverts par une certaine forme de programme de médicaments et qu'il y a d'autres moyens de combler les lacunes de la couverture actuelle. Selon eux, un programme de médicaments financé et administré par un ou plusieurs gouvernements serait très cher et très difficile à gérer, étant donné surtout les divergences actuelles entre les provinces. Bryan Ferguson a l'impression que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent établir un système national intégré pour couvrir les personnes ayant des dépenses de médicaments qui dépassent un montant fixe ou un pourcentage du revenu. Mark Daniels est d'accord qu'il s'agit là d'une lacune importante des régimes publics et privés existants.

Les participants qui contestent ces propositions prétendent que la couverture existante n'est pas aussi complète que veulent bien le faire croire les experts et que les lacunes vont s'amplifier dès que les nouveaux médicaments provenant de la recherche sur le génome humain seront disponibles. Les personnes des Premières Nations sont préoccupées par le fait que les avantages de la couverture diminueraient en vertu d'un régime national, ainsi que du fait qu'un régime national accompagné d'un formulaire national risque d'usurper les responsabilités des provinces en matière de soins de santé.

Les arguments les plus frappants en faveur d'un programme national d'assurance-médicaments surgissent au cours de la discussion sur la façon de maîtriser les coûts croissants des médicaments. La proposition de Duncan Sinclair concernant un programme d'assurance-médicaments national, administré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, avec un formulaire national et un mécanisme de prix de référence, et complété par une assurance privée, est accueillie par des applaudissements de la part de l'auditoire. Toutefois, la plupart des experts restent sceptiques quant à la possibilité ou à la nécessité d'avoir un régime unique, même dans le cadre d'un programme national.

Don Willison présente des suggestions très précises pour arriver à maîtriser les coûts des médicaments en négociant les prix et en offrant aux patients, aux médecins et à l'industrie des incitatifs pour les encourager à utiliser les médicaments de façon appropriée. Ces suggestions sont applicables avec ou sans un programme d'assurance-médicaments national.

En grande partie, l'auditoire encourage les gouvernements à investir suffisamment dans les soins de santé et, en particulier, à veiller à ce que les pharmacothérapies soient plus accessibles pour les personnes les plus vulnérables, soit les personnes à faible revenu et les aînés.